



Escondido OB-GYN Medical Group, Inc. dba

NORTH COUNTY WOMEN'S SPECIALISTS

1955 Citracado Parkway, Suite 302, Escondido, CA. 92029 • PH 760-233-1896 | FX 760-233-1899

488 East Valley Parkway, Suite 400, Escondido, CA 92025 • PH 760-658-6101 | FX 760-658-6106

Estimado Paciente,

Le agradecemos por elegir a *North County Women's Specialists* para sus servicios de salud. Nos esforzamos continuamente para ofrecer la más alta calidad de atención médica ginecológica y obstétrica, en un ambiente de excelencia y desempeño profesional.

Queremos comprender sus metas y preocupaciones de la salud. Adjunto esta su paquete de registro para paciente favor de completarlo--gracias por tomarse el tiempo para completar esta información y comenzar nuestra conversación. **Todas las formas deben ser completadas en su totalidad y regresadas a la brevedad posible pero no más tardar de 1 semana antes de su cita. No hacerlo resultará en que su cita sea reprogramada.**

Para poder ofrecerle la mejor atención médica posible, recomendamos que si tiene *niños menores de 8 años*, por favor no los traiga con usted a su cita.

Entendemos que el inglés no puede ser el idioma principal de todos nuestros pacientes. Para aliviar cualquier retraso en su atención relacionadas con el idioma, le pedimos que si usted necesita un traductor, por favor traiga uno con usted a todas sus citas. Le hacemos saber que tenemos personal bilingüe en español, sin embargo a veces no puede estar fácilmente disponible en el momento de su cita.

Debe traer su tarjeta de seguro medico o prueba de seguro medico a todas sus citas. Co-pagos o deducibles, en su caso, están obligados a pagarse en el momento de la visita.

Por último, por favor de llegar 15 minutos antes de su hora de la cita. Tenga en cuenta que si están más de 15 minutos tarde a su cita, nos reservamos el derecho de reprogramarla.

Gracias por su cooperación.
Esperamos poder cuidar de usted,

North County Women's Specialists

Recintos

Brano Cizmar MD, PhD

Paul Hinshaw, DO

Natalia Babkina, MD PhD

Rachel Krochmal FNP

Karen Manchester, FNP

Peggy Ray, FNP

Pam Rudisill, WHNP



Escondido OB-GYN Medical Group, Inc. dba

NORTH COUNTY

WOMEN'S SPECIALISTS

1955 Citracado Parkway, Suite 302, Escondido, CA. 92029 • PH 760-233-1896 | FX 760-233-1899
488 East Valley Parkway, Suite 400, Escondido, CA 92025 • PH 760-658-6101 | FX 760-658-6106

¿Cómo se enteró de nosotros?

REGISTRO DE PACIENTES

- Referido por proveedor Amigo/familia Internet Otras (especificar): _____
- Esta interesado en servicios de estética (Botox, Juvederm, Latisse)? Si No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN#: _____ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Teléfono Secundario: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Teléfono de la Empresa: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre completo: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____ Número de Teléfono Secundario: _____

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Seguro primario: _____ Nombre de Titular de Poliza: _____

Fecha de nacimiento: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

Seguro secundario: _____ Nombre del Titular de Poliza: _____

Fecha de nacimiento: _____ ID#: _____ Grupo#: _____

INFORMACIÓN DEL INDIVIDUO RESPONSABLE (Si es diferente del paciente anterior)

Nombre completo: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónica: _____

DOCTOR PRIMARIO (DE CABECERA)

Nombre Del Doctor: _____ Nombre de la Clínica: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____



Escondido OB-GYN Medical Group, Inc. dba

NORTH COUNTY WOMEN'S SPECIALISTS

1955 Citracado Parkway, Suite 302, Escondido, CA. 92029 • PH 760-233-1896 | FX 760-233-1899
488 East Valley Parkway, Suite 400, Escondido, CA 92025 • PH 760-658-6101 | FX 760-658-6106

RECONOCIMIENTO DEL AVISO PARA PRACTICA DE PRIVACIDAD

El **Aviso de Practicas de Privacidad**. Tengo la opción de obtener la información proporcionada de como podemos utilizar y divulgar información de salud protegida. Al firmar este formulario, por este medio reconozco que se me ha ofrecido una copia del **Aviso de practicas de privacidad**

Una copia de este aviso se encuentra en la zona de recepción y puede ser consultada si se desea.

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si el consentimiento es firmado por una persona representando al paciente): _____



Escondido OB-GYN Medical Group, Inc. dba

NORTH COUNTY WOMEN'S SPECIALISTS

1955 Citracado Parkway, Suite 302, Escondido, CA. 92029 • PH 760-233-1896 | FX 760-233-1899
488 East Valley Parkway, Suite 400, Escondido, CA 92025 • PH 760-658-6101 | FX 760-658-6106

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

1. ____ (iniciales) **Co-Pagos:** Su seguro medico nos obliga a recoger los co-pagos en el momento del servicio. Debido a las leyes estatales y federales, no se suspenderán los co-pagos.
2. ____ (iniciales) **Presentación de Reclamaciones:** Como cortesía, North County Women's Specialists cobrara su cuenta a su seguro medico.
 - Una estimación de beneficios no es una garantía de pago. Presentaremos las reclamaciones y le ayudaremos hasta que se resuelva la reclamación. El pago de seguro se requiere por lo general dentro de los primeros 45 días. Después de 45 días, podemos reunirnos con usted para concretar su pago completo.
 - Usted es responsable de todos los servicios *no cubiertos* según las reglas de su compañía de seguros.
 - Si recibimos la notificación de que usted no es elegible para la cobertura o que no tenga contratado su seguro, *usted será responsable* de todos los cargos incurridos y el pago se debe al recibimiento de la factura.
 - Su compañía de seguros puede necesitar que se le suministre cierta información directamente a ellos. Es su responsabilidad de cumplir con su solicitud de manera oportuna.
 - Usted es responsable de proporcionarnos una copia de su tarjeta de seguro más reciente para todos los planes de salud aplicables.
 - Las cuentas que tengan 90 días de demora pueden ser referidos a una agencia de colección.
3. ____ (iniciales) **Servicios preventivos:** Los exámenes de rutina (alias examen anual, así como el examen de la mujer) pueden ser cubiertos por su seguro. Cuando un problema medico se encuentra en el momento de su visita preventiva. Ya no se aplicaran los beneficios preventivos. Los pagos adicionales pueden incurrir incluyendo, pero no limitado a co-pagos, deducibles y co-seguro.
4. ____ (iniciales) **Servicios Auxiliares:** Los procedimientos de laboratorio y de radiología pueden ser facturados por separado de un proveedor externo. Por favor, póngase en contacto directamente con ellos para cualquier pregunta sobre su factura.
5. ____ (iniciales) **Citas Perdidas:** Si **cancela** una cita *menos de 24 horas* antes de la hora programada o no se presenta a una cita (**No-Show**), se le cobrara una tarifa de **No- Show/Cancelación**. Estas tarifas se cargarán directamente a usted.
 - Tarifa de Cita Cancelada / No-Show: \$25
 - Tarifa de Cita Preoperatoria Cancelada/ No-Show: \$50
 - Tarifa de Procedimiento Cancelada/ No-Show: \$50
6. ____ (iniciales) **Asignación de Beneficios:** Autorización para divulgar información que pueda ser necesaria (en cumplimiento de las directrices (reglas) de HIPPA) para procesar y completar mis reclamaciones de seguros y pago de beneficios médicos deben ser pagado directamente a Escondido OB / GYN DBA North County Women's Specialists para todos los servicios prestados.

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si está firmada por el representante personal del paciente): _____



Escondido OB-GYN Medical Group, Inc. dba
**NORTH COUNTY
WOMEN'S SPECIALISTS**

1955 Citracado Parkway, Suite 302, Escondido, CA. 92029 • PH 760-233-1896 | FX 760-233-1899
488 East Valley Parkway, Suite 400, Escondido, CA 92025 • PH 760-658-6101 | FX 760-658-6106

PERMISO PARA LA DIBULGACION DE INFORMACION MÉDICA

Yo autorizo a Escondido OB/GYN dba North County Women's Specialists para **proporcionar información médica** acerca de mí (es decir, resultados de laboratorio, las instrucciones del médico, etc.) *Seleccionar la (s) abajo*

- Sólo directamente a mí.** En este caso, dejaremos un mensaje para que llame a nuestra oficina si usted no está inmediatamente disponible.
- Dejen un mensaje de voz** en el número que he proporcionado. En este caso, vamos a dejar un mensaje *detallado* en el número que tiene en archivo . Atención, si su correo de voz no está configurado con su nombre, que sólo será capaz de dejar un mensaje para llamar a nuestra oficina.
- para el individuo (s) a continuación.** (Esta autorización estará vigente hasta que sea revocada en escrito).

	Nombre Aprobado(s)	Parentesco	Número de Contacto
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Nombre (Letra en Molde): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma: _____

Fecha: _____



NORTH COUNTY WOMEN'S SPECIALISTS

Esta información es confidencial y no será revelada a nadie sin su permiso

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___ **Edad:** ___ **Fecha:** ___/___/___
Altura: ___ pies ___ pulgadas **Peso:** ___ libras **Idioma Preferido:** _____ **Grupo étnico:** _____ **Estado civil:** _____

A CUAL ES LA RAZÓN PRINCIPAL DE SU VISITA HOY? Embarazo Examen Ginecólogo Anual Problema de salud de Ginecología

Por favor describa el problema de Ginecología: _____ Cuanto tiempo han tenido este problema de Ginecología: _____

B Historial Ginecológico

Edad de el primer periodo: _____ **Fecha de comienzo del ultimo periodo menstrual:** _____ **Edad de Menopausia:** _____
Frecuencia: Normal Irregular **Longitud de Ciclo** (#días entre periodos): _____ **Duración del Ciclo**(#días de sangrando): _____
Flujo Menstrual: Ligero Moderado Pesado Coágulos **Cólicos:** Ninguno Leve Moderado Severo
Sexualmente Activo: Si No Previamente **Pareja:** Hombres Mujeres Ambos **Tipos de sexo:** Vaginal Oral Anal
Método Anticonceptivo: Píldoras Parche Anillo Inyección DIU Implante Ligadura de trompas Condones Ninguno Otros:
Fecha de ultimo Papanicolaou: _____ **Era Normal:** Si No **Cual anomalía:** _____
 Algunas vez ha tenido un Papanicolaou *anormal*: Si No **Cuando:** _____ **Que anomalía:** _____
 Ha tenido alguna vez *tratamiento* para un Papanicolaou *anormal*: Si No **Cuando:** _____ **Que tratamiento:** _____
Fecha de la ultima mamografía: N/A _____ **Era Normal:** Si No

C Historial Obstétrico nunca he estado embarazada

(Enumere todos los embarazos en orden. Incluyendo abortos espontáneos, nacimientos prematuros, abortos, embarazos ectópico (tubarío), etc.)

Embarazos (# de cuantos embarazos)		No.	Nacidos a termino (>37semanas)		No.	Nacimientos prematuros (20-36semanas)		No.	Abortos		No.	Niños Vivos		No.
Mes/Día/ Años	Duración del embarazo (decir: 40 semanas)	Horas en trabajo de parto	Peso al nacer (libras)	Sexo M/F	Tipo de Parto (Vaginal, cesárea, fórceps, aborto, etc.)	Epidural S/N	Lugar del parto o del aborto	Comentarios/ Complicaciones	Abortos espontáneos		Ectópico/Tubarico	Niños Vivos		

Complicaciones del embarazo: **Diabetes** Si No **Hipertensión** Si No **Pre-eclampsia** Si No

D Medicamentos Actuales (Liste todos incluyendo hormonas, vitaminas, hierbas, medicamentos sin receta, etc.)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia (es decir, dos veces al día)	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia (es decir, dos veces al día)

E ALERGIAS **Comida:** Si No **Látex:** Si No **Medicamentos:** Si No (Si, si, liste todos y la reacción):



NORTH COUNTY WOMEN'S SPECIALISTS

Esta información es confidencial y no será revelada a nadie sin su permiso

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** / / **Edad:** **Fecha:** / /

F Antecedentes Por favor Verifique si usted o un pariente consanguíneo ha tenido cualquiera de los siguientes

M=Madre; F=Padre; B=Hermano; S=Hermana; GM= Abuela; GF=Abuelo; O = Otras(es decir, tía o tío)

		No	Si	Yo misma	Familia			No	Yes	Yo misma	Familia
1.	Problemas de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			23.	Miomas/ fibromas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			24.	Enfermedad de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Problemas de espalda o articular artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			25.	Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			26.	Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Enfermedad autoinmune (lupus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			27.	Ataque al Corazón enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.	Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			28.	hepatitis/enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.	Infecciones de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			29.	Enfermedad hereditaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.	Problemas de sangrando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			30.	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Coágulos sanguíneos en los pulmones, piernas (trombosis venosa profunda/ PE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			31.	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.	Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			32.	VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11.	Problemas intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			33.	Infecciones de riñón/ piedras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12.	cáncer – de mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			34.	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.	cáncer – cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			35.	Infección pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.	cáncer – colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			36.	Enfermedad pulmonar/ neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15.	cáncer – de ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			37.	Problemas digestivos/ reflujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16.	cáncer – uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			38.	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.	cáncer – otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			39.	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18.	Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			40.	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19.	clamidia/gonorrea/sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			41.	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20.	Depresión, ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			42.	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21.	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			43.	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22.	Epilepsia/ trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			44.	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Para cualquier si, por favor indicar # y explicar:

G Cirugías/ hospitalizaciones(no incluya hospitalización de parto)

Año	Procedimiento o motivo de hospitalización	Año	Procedimiento o motivo de hospitalización

H HISTORIAL SOCIAL

Usted Fuma/ o ha fumado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	# paquetes/día	# años fumando	Quando dejo de fumar?	Desea dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Usted bebe alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que bebes?	Con que frecuencia consume?	Cuanto bebe?	
Usted usa/ o ha usado drogas alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que sustancia?	Con que frecuencia?	Quando dejo de usar?	Desea dejar de usar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

I ****En caso de emergencia usted da su consentimiento a transfusión de sangre o productos sanguíneos?** Si No

J INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____